

**Universitat de Lleida**

Document downloaded from:

<http://hdl.handle.net/10459.1/69456>

The final publication is available at:

<https://doi.org/10.1075/resla.16003.col>

Copyright

(c) John Benjamins Publishing, 2019

This is the ‘author accepted manuscript’ of the following published article:

Coll-Florit, M., X. Miranda, S. Climent (2019). “Metáforas de la esquizofrenia. Un estudio sobre el discurso de afectados y profesionales”, *Revista Española de Lingüística Aplicada (RESLA) / Spanish Journal of Applied Linguistics (SJAL)*, 32:1, 1-31. ISSN: 0213-2028.

The final publication is available at <https://doi.org/10.1075/resla.16003.col>. This article is under copyright by John Benjamins. Please contact the publisher for permission to re-use or reprint the material in any form.

## **Metáforas de la esquizofrenia. Un estudio sobre el discurso de afectados y profesionales**

Marta Coll-Florit<sup>1</sup>, Xavier Miranda<sup>2</sup>, Salvador Climent<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Universitat Oberta de Catalunya / <sup>2</sup>Universitat de Lleida

Este estudio presenta el análisis de las metáforas conceptuales producidas en el discurso de afectados de esquizofrenia y profesionales relacionados con dicho trastorno mental. La investigación permite distinguir y comparar subgrupos coherentes de estos colectivos en el corpus de trabajo e interpretar modelos subyacentes de conceptualización de la enfermedad. El corpus analizado consiste en tres documentales que recogen relatos en primera persona. Se han clasificado cuantitativa y cualitativamente las expresiones metafóricas de los intervinientes y se han inferido conjuntos de ideas y creencias a la luz de la teoría de la metáfora conceptual, un marco teórico bien establecido en la lingüística cognitiva. Las conclusiones muestran los principales patrones de conceptualización del trastorno mental por parte de afectados vinculados a programas de rehabilitación social, afectados no vinculados a ellos,

psiquiatras, y otros profesionales relacionados con la salud mental, así como similitudes y diferencias relevantes entre dichos grupos.

**Palabras clave:** Metáfora conceptual; Lingüística cognitiva; Esquizofrenia; Trastorno mental severo; Análisis del discurso.

## 1. Introducción

En el presente estudio<sup>1</sup> aplicamos la Teoría de la Metáfora Conceptual (TMC) al ámbito del trastorno mental severo, centrándonos en la esquizofrenia, con el objetivo de obtener nuevos instrumentos para adentrarnos en la manera en que los afectados y los profesionales conceptualizan el trastorno mental. De manera más específica, pretendemos analizar hasta qué punto las metáforas conceptuales que se usan en ambos colectivos reflejan diferentes modelos de interpretación de las enfermedades mentales.

Establece Lakoff (1993) que la metáfora es fundamentalmente de naturaleza conceptual, no lingüística, y que la metáfora es el principal mecanismo a través del cual comprendemos conceptos abstractos y realizamos un razonamiento abstracto. Según Evans y Green (2006, p. 303), “una idea importante en la teoría de la metáfora conceptual se relaciona con la ocultación y la iluminación: cuando un dominio de destino se estructura en términos de un particular dominio de origen, ilumina ciertos aspectos del de destino al tiempo que oculta otros. (...) De esta forma, las metáforas

---

<sup>1</sup> Esta investigación se ha llevado a cabo en el marco del proyecto MOMENT: *Metáforas del trastorno mental grave. Análisis del discurso de personas afectadas y profesionales de la salud mental* (Referencia: FFI2017-86969-R), financiado por la Agencia Estatal de Investigación (AEI) y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER).

pueden imponer una perspectiva sobre un concepto o un dominio conceptual”<sup>2</sup>. En consecuencia, el uso de distintos tipos de metáforas conceptuales por parte de individuos o colectivos distintos para referirse a un mismo dominio, pueden revelar concepciones diferentes sobre el mismo. Kövecses (2005:28-29) expone al respecto que es común en lingüística cognitiva postular que las personas conceptualizan o “comprenden” un determinado dominio de destino por recurso a uno o más dominios de origen (mediante el mecanismo de la metáfora conceptual). Sin embargo, indica, este postulado, como el de la propia existencia de metáforas conceptuales realizado a partir de la producción de determinadas expresiones lingüísticas, deben mantenerse en el terreno de la hipótesis, y su validez psicológica deberá ser establecida por la psicolingüística experimental.

Nuestro trabajo se enmarca en estos postulados. Es decir, asume la naturaleza conceptual de la metáfora y la plausibilidad de su detección a partir de las expresiones lingüísticas, y adopta la hipótesis de que las metáforas conceptuales pueden revelar conceptualizaciones o maneras de entender y razonar sobre los temas a los que se refieren. Así pues, esta investigación se realiza desde una perspectiva lingüística, utiliza la TMC como herramienta metodológica, y sus resultados deben entenderse como un conjunto de hipótesis sobre conceptualizaciones. Se trata de una aproximación original en dos aspectos principales: en primer lugar, porque analiza la producción espontánea de metáforas conceptuales por parte de afectados de esquizofrenia (se han realizado análisis de producción en afectados de otras enfermedades, y en afectados de esquizofrenia los estudios se han centrado en el análisis de comprensión de metáforas); y en segundo lugar, porque el trabajo tiene una dimensión comparativa, ya que también

---

<sup>2</sup> Traducción de los autores del artículo.

se analizan profesionales relacionados con la enfermedad y se compara su producción con la de los afectados; y aún más, se detectan subgrupos coherentes de afectados y profesionales con comportamiento diferenciado.

En el siguiente apartado revisaremos someramente la teoría de la metáfora conceptual en lo que atañe más directamente a este estudio. En el apartado 3 se expone el estado de la cuestión en cuanto a estudios en la intersección de la metáfora y la esquizofrenia. A continuación, en 4, exponemos los objetivos y preguntas de investigación y la metodología utilizada. En los dos siguientes apartados se describen, respectivamente, un análisis cuantitativo y un análisis cualitativo de los resultados obtenidos. El trabajo finaliza con la exposición de las conclusiones.

## **2. La Teoría de la Metáfora Conceptual**

La TMC se inscribe en el marco teórico de la Lingüística Cognitiva. Es una propuesta ampliamente conocida, formulada inicialmente por George Lakoff y Mark Johnson (1980) y posteriormente desarrollada en multitud de publicaciones, de entre las que se pueden considerar clásicas Johnson (1987), Lakoff (1987), Lakoff y Turner (1989), Lakoff (1993) y Gibbs (1994). Soriano (2012) y Cuenca y Hilferty (1999, pp. 97-124) son buenas síntesis de la teoría en español.

La TMC postula la metáfora conceptual (MC) como un proceso cognitivo mediante el cual se producen una o más proyecciones o correspondencias entre dominios semántico-conceptuales, por lo que determinadas estructuras y propiedades de un dominio de origen se transfieren a un dominio de destino. Este proceso suele ser inconsciente y a menudo pasa inadvertido para el hablante y para el oyente.

La función de la MC es facilitar la comprensión y la eficacia comunicativa respecto al dominio de destino, ya que el de origen es de naturaleza más concreta o mejor comprendido por el hablante, y se sirve de él para dotar de estructura al dominio de destino –habitualmente más abstracto o vago–. Por ejemplo, es corriente hablar del paso del tiempo en términos de movimiento en el espacio (“Se acerca la Navidad”).

Es preciso distinguir entre MC y expresión metafórica (EM), siendo esta última una expresión lingüística que es la realización superficial de la primera: una MC se puede realizar en múltiples EM. La MC se suele codificar mediante la fórmula ‘DOMINIO DE DESTINO’ ES ‘DOMINIO DE ORIGEN’ y la bibliografía proporciona multitud de ejemplos típicos, como (1) (Soriano, 2012, p. 100; Cuenca y Hilferty, 1999, p. 101).

- (1) a. EMs: “Lleno de tristeza”. “Rebosante de alegría”.

MC: EL CUERPO ES UN CONTENEDOR.

- b. EM: “Me cuesta digerir tanta información”.

MC: LAS IDEAS SON ALIMENTOS.

Pese a que el concepto de MC es intuitivo, de hecho es difícil detectar las MCs a partir de las EMs en el discurso real, ya que a menudo las EMs (como en el ejemplo anterior) están muy convencionalizadas, por lo que no se perciben como tales; los dominios (especialmente el de destino) no se mencionan explícitamente sino que están implícitos en el discurso; y la inferencia de MCs a partir de EMs es una tarea interpretativa. Las aproximaciones más sistemáticas a la detección y formulación de MCs son las de Steen (1999) y Pragglejaz Group (2007) —ver apartado 4.2.

Gibbs (1994) postula que las MCs reflejan las diferentes maneras en qué un concepto particular está representado en la memoria a largo plazo. Su trabajo psicolingüístico experimental y el de otros respalda la idea que las MCs son realmente conceptuales y no tan sólo generalizaciones del significado lingüístico (Gibbs y Franks, 2002, p. 143). Además, se considera (por ejemplo, Lakoff y Johnson, 1999) que muchos de los dominios de origen de las MCs reflejan patrones de experiencia corporal, es decir, están corporeizados (*embodied*). Por ejemplo, la EM “vivir una vida equilibrada” se fundamenta en la noción de equilibrio, la cual se ha aprendido a partir de la experiencia corporal (Johnson, 1987, p. 74).

La lingüística cognitiva asume que el lenguaje es un código convencionalizado que refleja y codifica patrones de pensamiento con propósitos comunicativos, y que diferentes maneras de codificar ideas en el lenguaje se corresponden con patrones mentales distintos; de lo que se infiere que las opciones de codificación pueden a su vez influir en el razonamiento (Evans y Green, 2006, pp. 98-99). Un ejemplo de dicha influencia se detalla en el experimento de Gentner y Gentner (1983) sobre el uso de distintos modelos analógicos de la electricidad: el flujo del agua en un sistema de tubos vs. una multitud en movimiento. Cada modelo analógico inducía a los sujetos a predecir aspectos distintos del comportamiento de un circuito eléctrico.

Las ciencias cognitivas suelen asumir que las correspondencias o transferencias que se establecen entre elementos constitutivos de los dominios son de naturaleza similar a la analogía (Gentner et al., 2001) o incluso que la MC no es otra cosa que una forma de analogía (Hofstadter, 2001). Las analogías (y en consecuencia las MCs) no necesariamente están motivadas por una similitud real entre los dominios, sino por una percepción de similitud causada por asunciones o creencias, que pueden ser de tipo

cultural. Por ejemplo, en la EM “Aquiles es un león” se asocian a Aquiles unas cualidades de ferocidad o valentía que en nuestra cultura se atribuyen a los leones (Evans y Green, 2006, p. 293).

Para Hofstadter (2001) la analogía sería el núcleo de la cognición y el mecanismo que hace posible el razonamiento, ya que además de ser responsable de la transferencia de estructura entre conceptos o categorías mentales, lo es de su activación en la memoria a largo plazo. Por su parte la TMC postula que el pensamiento es de naturaleza fundamentalmente metafórica (Lakoff y Johnson, 1980, p. 3), lo que resulta congruente con la antes citada equiparación entre MC y analogía y la propuesta de Hofstadter.

Para el lector que proviene del ámbito de la salud mental puede ser tan relevante saber qué es una MC como saber qué no lo es. No son MCs los símiles, que aunque también son comparaciones, están marcados por léxico comparativo (“Aquiles es tan valiente como un león”). Tampoco lo son las figuras de dicción en que se persigue un efecto retórico o estético (“En mitad del camino de la vida me adentré en un bosque oscuro”)<sup>3</sup>, aunque se traten, como en este caso, de elaboraciones poéticas de MCs (LA VIDA ES UN CAMINO; ILUMINADO ES POSITIVO, OSCURO ES NEGATIVO). Tampoco son MCs el planteamiento de situaciones figuradas para evocar o elicitare conceptualizaciones o situaciones reales, una práctica habitual en psicoterapia, como describe Tay (2013).

Sí es relevante notar la diferencia entre MCs convencionales y MCs creativas. Las convencionales están tan incorporadas al uso social de la lengua que a menudo su naturaleza metafórica pasa inadvertida, como ocurre con las citadas en (1); incluso se

---

<sup>3</sup> Texto de Dante citado por Kövecses (2002, p. 47).



las denomina metáforas fósiles o muertas. Pero se trata de MCs tanto como las más inhabituales o creativas, como la de (2) (Soriano, 2012, p. 110), que precisamente despierta la atención del oyente porque éste percibe una analogía inesperada en la oración.

- (2) EM: “(...) estaba enganchado a la ira (...) Le gustaba la sensación del poder y energía que hacía correr por sus venas.

MC: LA IRA ES UNA ADICCIÓN

La distinción entre metáfora creativa y metáfora convencional es relevante en términos de investigación sobre procesamiento cognitivo, puesto que para Gentner et. al (2001) las MC creativas se modelarían como correspondencias entre dominios (analogías), por lo tanto se las comprendería mediante un procesamiento dinámico; mientras que las convencionales serían representaciones almacenadas en memoria, por lo que su procesamiento se basaría en acceso y elicitación de su estructura y correspondencias. El último estadio de esta gradación sería el almacenamiento en memoria de metáforas totalmente convencionalizadas en forma de nuevos sentidos de palabra o de frases hechas.

La TMC se ha extendido extraordinariamente desde su formulación inicial, con múltiples desarrollos relativos a: tipología de MCs, origen y emergencia del mecanismo cognitivo, procesamiento neural, aspectos culturales vs. cuestiones de universalidad etc.; pero para los propósitos de este trabajo tales cuestiones teóricas no son directamente relevantes. El desarrollo más relevante es que las MCs se han utilizado para detectar ideas o asunciones implícitas o subyacentes en los discursos. Por ejemplo,

la MC UNA DISCUSIÓN ES UNA GUERRA (“ha ganado el debate”, “su posición es indefendible”) pone de relieve una dimensión de confrontación y oculta la de desarrollo de argumentos; por contra, UNA DISCUSIÓN ES UN VIAJE (“vayamos paso a paso”, “hemos avanzado mucho”) focaliza en la progresión del debate y oculta el aspecto de confrontación.

El análisis de discursos mediante MCs se ha aplicado a múltiples ámbitos, como por ejemplo el médico, el arquitectónico, el económico o el religioso (Soriano, 2012, p. 117). Probablemente el más conocido sea el análisis del discurso político, especialmente a partir del trabajo de Lakoff (2004) sobre el uso de MCs en el discurso de demócratas y republicanos estadounidenses, o la justificación por parte del gobierno norteamericano de la primera guerra de Irak (Lakoff, 1991). Y ya de modo directamente relacionado con este trabajo, se ha analizado el uso de MCs en relatos de un amplio rango de enfermedades, como cáncer (Gibbs y Frank 2002; Semino et al., 2017), ictus (Boylstein et al., 2007), diabetes (Goering, 2015) o depresión (Schoeneman et al., 2004), muy especialmente, por lo que nos atañe, en relatos de los propios pacientes —ver apartado 3.

### **3. Metáfora y esquizofrenia**

Numerosos estudios han puesto de manifiesto que los pacientes con esquizofrenia presentan deficiencias en el lenguaje, especialmente en los aspectos relacionados con la semántica y la pragmática. De manera más específica, abundantes trabajos destacan que las personas con esquizofrenia muestran dificultades para identificar la ironía y entender la metáfora. Estas dificultades generalmente se atribuyen a una afectación de la capacidad de abstracción y a una degradación de las representaciones semánticas (de

Bonis et al., 1997; Goldberg et al. 1998; Langdon et al., 2002; Bruce y Bodenstein, 2005; Salavera y Puyuelo, 2010; Gavilán y García-Albea, 2011).

La deficiencia en el procesamiento y comprensión de la metáfora por parte de las personas afectadas de esquizofrenia ya fue puesta de relieve durante los años 40 del siglo XX, con el trabajo de Kasanin (1944), y ha sido objeto de estudio y discusión en diversos trabajos posteriores. Uno de los estudios más conocidos es el de Langdon et al. (2002), en que se demuestran las carencias de los afectados en la apreciación de las metáforas, una disfunción que los autores atribuyen a una semántica anormal en estos pacientes. Los resultados son consistentes con trabajos del ámbito de la neurología, según los cuales la base neuroanatómica de la comprensión metafórica coincide, en gran medida, con la región del cerebro que está afectada en los pacientes con esquizofrenia (Kircher et al., 2007).

El trabajo de Mossaheb et al. (2014) pretende ir un paso más allá y no sólo analiza los procesos de comprensión, sino también los procesos de paráfrasis y generación de metáforas. Los resultados de este estudio muestran que los pacientes con esquizofrenia presentan dificultades tanto en el reconocimiento y paráfrasis de metáforas convencionales, como en la generación de metáforas nuevas. En este punto es importante mencionar que algunos trabajos como el de Mo et al. (2008) indican que las deficiencias en la comprensión de metáforas se mantienen incluso en el proceso de remisión de la enfermedad, cuando los síntomas de la esquizofrenia son muy leves o ausentes.

No obstante, no todos los estudios muestran este patrón. Algunos trabajos experimentales no encuentran diferencias significativas entre personas con esquizofrenia en proceso de remisión y grupo control en la comprensión de metáforas. Es el caso, por

ejemplo, del trabajo de Herold et al. (2002), en que los autores detectan deficiencias en la comprensión de la ironía, pero no en la comprensión de la metáfora. En este sentido, el trabajo de Langdon y Colhert (2004) sostiene que las dificultades en el reconocimiento de la ironía y el déficit en la apreciación de la metáfora son dos procesos funcionalmente diferentes que ocurren por diferentes motivos: carencias en la teoría de la mente en el caso de la ironía (esto es, dificultades en el reconocimiento de las intenciones del interlocutor) y degradación semántica en el caso de la metáfora. En concreto, este estudio pone de manifiesto que las personas con rasgos de personalidad esquizotípica presentan una capacidad muy atenuada para interpretar la ironía pero, en cambio, conservan perfectamente su capacidad para identificar los usos metafóricos del lenguaje.

En la línea de estos últimos trabajos reseñados, Iakimova et al. (2005) tampoco encuentran dificultades de reconocimiento de la metáfora en personas diagnosticadas con esquizofrenia cuando las metáforas son muy convencionalizadas. De hecho, algunos estudios recientes del ámbito de la neurología indican que las metáforas de uso frecuente y las metáforas nuevas tienen un sustrato neuronal parcialmente diferente (Maschal et al., 2007; Zeev-Wolf et al., 2015), unos resultados que son consistentes con el trabajo de Gentner et al. (2001) que hemos visto en el apartado anterior.

Por lo tanto, todos estos datos muestran que las deficiencias en la comprensión lingüística que normalmente se atribuyen a las personas afectadas de esquizofrenia, esto es, insensibilidad a la ironía y bajo reconocimiento de las metáforas, no siempre se dan de manera simultánea. Es más, en los diferentes estudios sobre el lenguaje de los pacientes con esquizofrenia, los resultados obtenidos en cuanto al déficit de

reconocimiento de la ironía son mucho más consistentes y sistemáticos que los resultados obtenidos en relación a las dificultades en el procesamiento de la metáfora.

En este punto es importante subrayar que numerosos trabajos demuestran que el uso de la metáfora en las sesiones de terapia es una herramienta útil en el proceso de recuperación del paciente con un trastorno mental severo (Mould et al., 2010). En concreto, con el objetivo de ayudar a los pacientes a comunicar sus experiencias subjetivas de manera más ágil, el terapeuta articula el diálogo a través de una determinada metáfora (p.ej. la vida familiar es una barca), forzando de esta manera al paciente a hablar en el marco de una metáfora concreta y predefinida.

No obstante, no encontramos estudios que analicen la producción espontánea de metáforas en el discurso de los pacientes con trastorno mental severo. El objetivo de nuestro trabajo es adoptar esta nueva aproximación, esto es, detectar y analizar las metáforas que las personas con esquizofrenia producen espontáneamente en su lenguaje cotidiano. Esta nueva perspectiva de estudio abre el camino a prometedoras vías de mejora del diálogo entre pacientes y profesionales. Por una parte, el mejor conocimiento de las conceptualizaciones de los pacientes a través de sus verbalizaciones metafóricas puede permitir al profesional un diálogo más natural con el paciente, utilizando metáforas que ya forman parte del mundo conceptual de este último, estrategia que puede ser aún más positiva que intentar forzar al paciente a utilizar determinadas metáforas. Otra vía interesante es la propuesta por los resultados del trabajo de Semino et al. (2017), que proponen en interacciones con pacientes de cáncer el uso de metáforas que potencien su empoderamiento.

Otros trabajos han aplicado este enfoque en el análisis del discurso, como por ejemplo Gibbs y Frank (2002), también sobre el cáncer, en que se analizan las metáforas

conceptuales presentes en la narración de seis mujeres sobre su experiencia de sufrimiento y superación de la enfermedad, o el trabajo de Goering (2015) sobre las metáforas utilizadas por pacientes con diabetes. No obstante, el análisis de la elicitación espontánea de metáforas conceptuales en el ámbito del trastorno mental es prácticamente inexistente. Uno de los pocos trabajos en esta dirección es el de Schoeneman et al. (2004) sobre la depresión, en donde se utiliza como corpus un libro en el que el autor describe su experiencia con la enfermedad utilizando un aparato de metáforas conceptuales que, según las conclusiones de Schoeneman et al. (2004), comunica de manera muy efectiva las sensaciones de los afectados. En este punto también es importante mencionar el trabajo de Moya (1990) basado en entrevistas abiertas a un total de treinta y ocho pacientes con esquizofrenia. Si bien este trabajo analiza el discurso esquizofrénico de forma global y no aplica la TMC, introduce algunas referencias al lenguaje metafórico de los pacientes, apuntando ciertas dificultades y alteraciones en el uso de expresiones metafóricas.

En cuanto a las carencias, es muy importante subrayar que casi todos los trabajos sobre esquizofrenia y metáfora que acabamos de reseñar han sido llevados a cabo por investigadores del ámbito de la psicología y la neurología que no son expertos en lingüística. Así, el análisis de la metáfora en el lenguaje de los pacientes con esquizofrenia generalmente es intuitivo y poco riguroso desde el punto de vista de la teoría lingüística de la metáfora conceptual. Tal como apuntan Gibbs y Franks (2002), en la investigación sobre metáfora y enfermedad, los investigadores prestan atención sobre todo a las metáforas más personales e idiosincráticas, dejando muchas veces de lado las metáforas convencionales. Es más, a menudo se cae en el error de pensar que una expresión es metafórica si se usa un lenguaje muy innovador o expresiones del tipo

“es como” (símil). Entre la problemática más recurrente, podemos destacar los tres puntos siguientes: 1) no se suele hablar de dominios ni de correspondencias; 2) no siempre se establece la distinción entre metáforas convencionales y metáforas creativas; 3) a menudo se confunden las metáforas conceptuales con los símiles, o con la creación de situaciones imaginarias en las sesiones de terapia.

Finalmente, otra de las carencias que hemos detectado en los trabajos sobre metáfora y trastorno mental es el hecho de que sólo se analizan las expresiones metafóricas producidas por los pacientes, pero no se suelen estudiar las metáforas presentes en el discurso de los profesionales que los tratan. En este sentido, solamente conocemos el estudio de Climent y Coll-Florit (2017), centrado en el análisis del discurso psiquiátrico sobre la esquizofrenia. La principal innovación del presente trabajo, integrado en el proyecto de investigación MOMENT (Coll-Florit et al., 2018), es el análisis comparativo de las metáforas conceptuales producidas por los dos grandes colectivos implicados: personas afectadas y profesionales de la salud mental.

#### **4. Objetivos, preguntas de investigación y metodología**

El análisis sobre el cual se basa este trabajo parte de dos enfoques teóricos diferenciados para interpretar la relación entre el ser humano y la enfermedad: el modelo biomédico y el modelo social (Giddens, 2006). Por un lado, el modelo biomédico concibe la enfermedad puramente como una disfunción orgánica, producida por un determinado agente biológico, con unos síntomas identificables. Desde esta perspectiva, el propósito de la intervención consiste en detectar la causa exacta de la disfunción física y administrar el tratamiento farmacológico más adecuado, con la idea de fondo que el cuerpo puede ser tratado de manera aislada de la mente. Así, el modelo biomédico se

convierte en un enfoque distanciado del contexto y de los diversos factores ambientales que pueden afectar al desarrollo del cuerpo: la única información relevante es la información médica y los datos clínicos del paciente. En consecuencia, esta concepción de la enfermedad es puramente individual; esto es, se parte del supuesto que los problemas experimentados por las personas afectadas están causados por las limitaciones individuales que padecen.

Contrariamente, desde el modelo de interpretación social de la enfermedad se da mucha importancia a los factores contextuales. Así, desde esta perspectiva se considera que las patologías biológicas están relacionadas no sólo con los aspectos fisiológicos de nuestro cuerpo, sino también con aspectos vinculados al contexto social, como las condiciones de vida y trabajo, el aislamiento o la exclusión social. De esta manera, la enfermedad no se concibe como un fenómeno puramente centrado en el individuo, sino que adquiere una dimensión social. Por lo tanto, se da menos importancia a la medicación y se apuesta por otros tratamientos más holísticos.

El principal objetivo de nuestro trabajo es analizar si las metáforas conceptuales usadas por cada uno de los colectivos estudiados (afectados y profesionales) reflejan una determinada concepción o modelo de interpretación de la enfermedad. En concreto, las preguntas de investigación que han guiado nuestro análisis son las siguientes: 1) Las personas con un trastorno mental severo y los profesionales que las tratan, ¿usan metáforas comunes cuando hablan del trastorno y de las vivencias del afectado?; 2) ¿Existen diferencias entre grupos?; 3) Y, dentro de cada grupo, ¿se dan diferencias entre tipos de profesionales o entre tipos de afectados?

#### 4.1. Corpus de estudio y muestra



En relación al corpus de estudio, nos hemos basado en un material audiovisual formado por tres documentales que abordan el tema del trastorno mental severo, en que se entrevistan principalmente personas con esquizofrenia y profesionales. Los tres documentales fueron producidos en España entre los años 2006 y 2012. Los datos técnicos y una breve descripción de cada documental se presentan en el Apéndice.

En cuanto a la muestra y los grupos objeto de estudio, nos basamos en los fragmentos que incluyen intervenciones en primera persona de los dos grandes grupos de interés: afectados y profesionales. De manera más específica, las intervenciones de los afectados suponen un 56% del corpus y las intervenciones de los profesionales un 44% (cf. Tabla 1), entre los cuales se incluyen tanto terapeutas (psiquiatras y psicólogos), como otros tipos de profesionales (gestores de centros y asociaciones, monitores ocupacionales, un sociólogo, un antropólogo y un periodista).

<b>Colectivos</b>	<b>Presencia en el corpus</b>	<b>Tiempo de intervención</b>
Afectados	56%	64,17 minutos
Profesionales	44%	49,7 minutos

Tabla 1. Distribución total del corpus: tiempo de intervención de cada grupo

Sin duda, los resultados que se obtendrán a partir del estudio del corpus descrito no se podrán interpretar como un análisis completo del lenguaje metafórico y el pensamiento subyacente de los colectivos implicados, puesto que para ello el estudio se deberá continuar en una segunda fase con una muestra más amplia y diversa (por ejemplo, a partir de corpus de entrevistas o escritos producidos por los afectados). Los

resultados que se obtendrán aquí deben ser interpretados como una batería de hipótesis que servirán de base necesaria para futuros trabajos de análisis.

#### 4.2. Metodología en la detección y análisis de metáforas

Una vez presentado el corpus de estudio, pasamos a presentar brevemente la metodología que hemos aplicado en el proceso de detección y análisis de metáforas. Siguiendo el planteamiento sugerido por Steen (2007) hemos aplicado consecutivamente los métodos definidos en Pragglejaz Group (2007) y Steen (1999), los cuales son complementarios. El primero de ellos, conocido como Metaphor Identification Procedure (MIP) permite la identificación de unidades léxicas usadas metafóricamente en el discurso. Se basa en: el establecimiento del significado de las unidades léxicas en el contexto analizado, la detección por contraposición (en los casos positivos) de un significado más básico —entendiendo por más básico: con mayor concreción sensorial de la entidad evocada, relacionado con acciones corporales, más preciso y por tanto menos vago— y la determinación de que el sentido contextual se relaciona con el sentido más básico por algún tipo de similitud.

El MIP permite pues la detección de la existencia de una metáfora en la expresión y la identificación de su foco léxico. Por su parte, el método de cinco pasos propuesto por Steen (1999) permite, a continuación, construir la estructura conceptual de la metáfora detectada, es decir: determinar los conceptos clave de los dominios de origen y destino expresados explícita o implícitamente en el texto, postular otras entidades de dichos dominios relevantes en el contexto, y establecer las relaciones ontológicas entre las mismas. El primer paso del método de Steen (1999), detección del foco de la metáfora, es el objetivo del MIP y se cumple mediante su aplicación. Los siguientes pasos son:

identificación de la idea metafórica, identificación de la comparación no literal, identificación de la analogía no literal, e identificación de las correspondencias no literales. La descripción de dichos pasos la hemos adaptado a la terminología más habitual en TMC, para una mejor comprensión de los analistas. Finalmente, lo hemos ampliado con dos nuevos estadios que no cubre el método de Steen (1999, 2007): el establecimiento de correspondencias epistémicas y la detección del nivel de generalización de la metáfora detectada. Así pues, nuestro método queda establecido en los siguientes cinco pasos:

1. Identificación del foco metafórico. En una primera fase, se identifica la palabra o grupos de palabras que permiten detectar una EM<sup>4</sup>. Para la ejecución de este paso se aplica el MIP.
2. Identificación del dominio destino o meta de la MC, a partir de la EM o su contexto.
3. Identificación del dominio origen o fuente de la MC, a partir del foco metafórico.
4. Establecimiento de correspondencias de la MC.
  - a. *Correspondencias ontológicas*. Se establecen las relaciones entre elementos o subestructuras de los dos dominios. A modo de ejemplo, en la metáfora de (1b) se pueden establecer, entre otras, las siguientes correspondencias ontológicas: las ideas corresponden a los alimentos, digerir el alimento corresponde a comprender la idea.
  - b. *Correspondencias epistémicas*. Se identifican las propiedades o el conocimiento que se traspasan desde el dominio origen hasta el dominio

---

<sup>4</sup> El foco metafórico se muestra subrayado en los ejemplos que se presentan.

de destino. Por ejemplo, en la MC que acabamos de comentar: de la misma manera que los alimentos sustentan el cuerpo, las ideas sustentan la mente.

5. Detección del nivel de generalización de la MC.

- a. Puede formar parte de una metáfora más genérica.
- b. Puede ser la combinación de otras metáforas más básicas, generalmente corporeizadas.

El método ha sido aplicado por dos lingüistas expertos en teoría de la metáfora conceptual. De manera más específica, el corpus se dividió en tres partes. En primer lugar, se seleccionó una parte del corpus para la anotación conjunta, con el objetivo de establecer el grado de acuerdo entre lingüistas. Diversas reuniones de trabajo evidenciaron que el nivel de acuerdo era prácticamente del 100%. En consecuencia, se dividió el resto del corpus en dos partes, anotada cada una por uno de los lingüistas, con reuniones complementarias de discusión de los casos más conflictivos.

Finalmente, es importante especificar las categorías que se han utilizado en el análisis de los datos. En cuanto a los colectivos que son objeto de estudio, el análisis se realiza mediante las siguientes agrupaciones: afectados del documental 1 (A1) — mayoritariamente personas que han estado ingresadas en centros psiquiátricos—, afectados de los documentales 2 y 3 (A23) —personas que participan en programas y actividades de integración social—, psiquiatras (PQ), psicólogos y psicoanalistas (PS) y otros profesionales (PO). De entrada se clasificaron las metáforas de afectados de los tres documentales por una parte, y de profesionales de la salud mental por otra, de forma única, pero la apreciación de diferencias sustanciales e interesantes entre cada uno de los grupos aconsejaron realizar las distinciones.

En cuanto a los tipos de metáforas, se han agrupado en función de su dominio meta. También en un principio se ensayó con otras agrupaciones, como por tipos de metáforas (por ejemplo, metáforas de contenedor), pero dado que el objeto de la MC es razonar sobre el dominio meta<sup>5</sup>, se apreció que agruparlas por el mismo ofrecía resultados más coherentes y reveladores.

## 5. Análisis cuantitativo

La aplicación del método de análisis reseñado en el apartado anterior nos ha permitido identificar un total de 232 EM, las cuales se han clasificado en 9 grandes clases de MC, tal como se muestra en la Tabla 2.

Clases de MC	Casos de EM	%
CLASE 1: Metáforas de la enfermedad y de la vida del paciente	90	38,8
CLASE 2: Metáforas de la mente, el pensamiento y las emociones	62	26,7
CLASE 3: Metáforas del afectado	20	8,6
CLASE 4: Metáforas de la medicina	5	2,2
CLASE 5: Metáforas de la sociedad	16	6,9
CLASE 6: Metáforas de la comunicación y de entorno personal	7	3,0
CLASE 7: Metáforas del control y el equilibrio	18	7,8
CLASE 8: Metáforas orientacionales	9	3,9
CLASE 9: Otras metáforas	5	2,2

Tabla 2. Casos detectados de EM clasificados en grandes clases de MC

---

<sup>5</sup> Excepto las clases 7 y 8 que corresponden directamente a esquemas de imagen.

Como podemos observar, la clase con más peso en el corpus es la clase *Metáforas de la enfermedad y de la vida del paciente* (clase 1), seguida por la clase *Metáforas de la mente, el pensamiento y las emociones* (clase 2). Por lo tanto, los datos muestran que estos son los dos grandes dominios meta que más necesitan ser conceptualizados a través de mecanismos metafóricos por parte de los colectivos objeto de estudio. En la Tabla 3 se presenta la distribución de EM por clases de MC y colectivos implicados en el corpus.

	CL1	CL2	CL3	CL4	CL5	CL6	CL7	CL8	CL9	Total
<b>A1</b>	17	14	9	0	0	0	4	4	1	49
<b>A23</b>	17	10	2	1	5	0	4	1	0	40
<b>PQ</b>	39	31	8	4	4	3	8	3	4	104
<b>PS</b>	7	5	1	0	3	2	1	0	0	19
<b>PO</b>	10	2	0	0	4	2	1	1	0	20
Total	90	62	20	5	16	7	18	9	5	232

Tabla 3. EM detectadas por clase de metáfora y colectivo

En este punto, es interesante señalar las diferencias entre afectados y profesionales. Como se representa gráficamente en la Figura 1, el número de casos de EM detectados en profesionales (62% del total) es superior a los casos detectados en afectados (38%), unos datos que adquieren aún más relevancia si tenemos en cuenta que el tiempo de intervención de los profesionales en el corpus (44%) es inferior al de los afectados (56%).

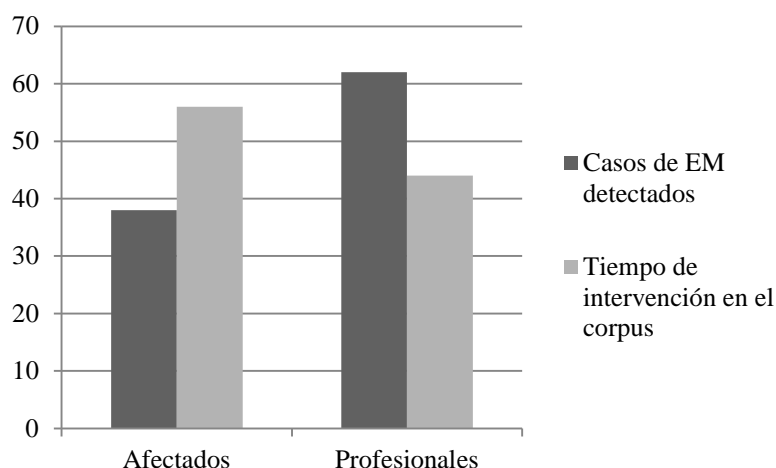


Figura 1. EM por grupo. Comparación con el peso de cada grupo en el corpus.

No obstante, es interesante hacer notar que se dan diferencias intragrupalas relevantes, tal como se muestra en la Figura 2. Así, dentro de los profesionales, encontramos que el subgrupo de los Psiquiatras (PQ) es el que presenta más casos de EM (el 45% del total). Además, es importante destacar que los PQ sólo representan un 22% del corpus, por lo que podemos concluir que es el subgrupo que produce más EM. En cuanto a los afectados, si bien el subgrupo A23 es el que tiene más presencia en el corpus (37% del total), sólo presenta un 17% de los casos de EM detectados. En cambio, los afectados del subgrupo A1 tienen un 21% de los casos de EM con tan solo el 19% de tiempo de intervención en el corpus. Por lo tanto, estos datos muestran que los dos subgrupos PQ y A1 son los que presentan más casos de EM en nuestro corpus de estudio.

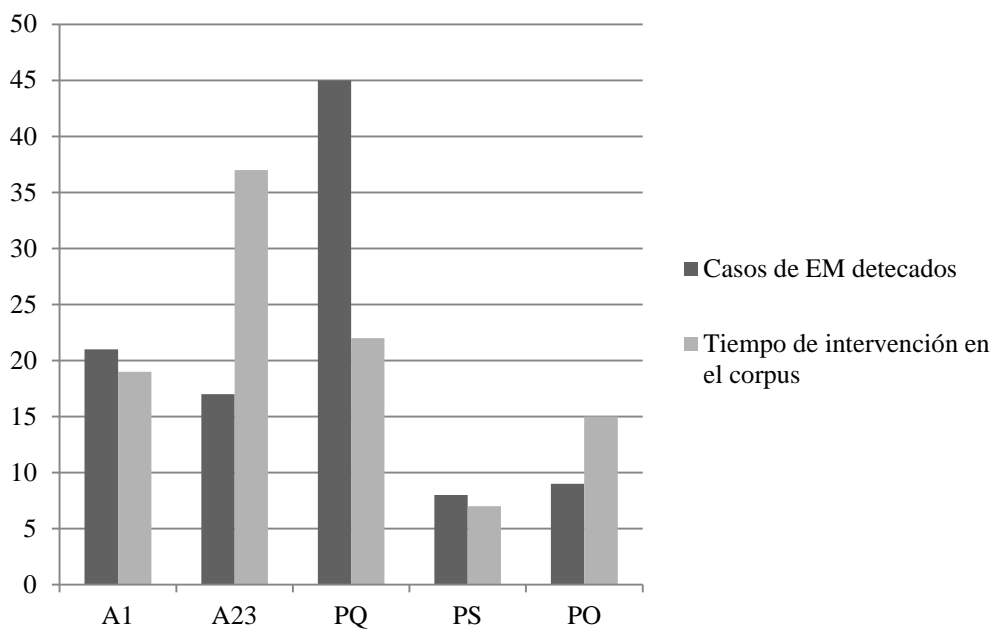


Figura 2. EM por subgrupos de afectados y profesionales

En el siguiente apartado analizaremos con más detalle estos resultados a partir de un análisis cualitativo de los datos.

## 6. Análisis cualitativo

### Clase 1: Metáforas de la enfermedad y de la vida del paciente.

En un principio habíamos clasificado de manera separada las metáforas conceptuales que tienen como dominio de destino la vida del paciente de las que tienen como destino la enfermedad. Sin embargo, en muchos casos es difícil distinguir de cuál de ambos están tratando las expresiones, ya que la vida de la que hablan los sujetos es la del afectado, y por ello es difícilmente separable del trastorno que sufren. Por tanto, decidimos presentarlas en una única categoría genérica, distinguiendo entre enfermedad y vida del paciente cuando el contexto es suficientemente indicativo.



Esta clase agrupa un 40% de los casos detectados de expresiones metafóricas, por lo que es la más numerosa. Presentaremos en primer lugar las dos grandes metáforas comunes y convencionalizadas, que producen todos los grupos estudiados: LA ENFERMEDAD/LA VIDA DEL PACIENTE ES UNA GUERRA y LA ENFERMEDAD/LA VIDA DEL PACIENTE ES UN VIAJE; en segundo lugar presentaremos metáforas menos convencionalizadas pero más específicas en cuanto al dominio de destino.

La conceptualización de situaciones conflictivas mediante metáforas de lucha o guerra (3) y la de procesos que tienen un objetivo o propósito mediante metáforas de viaje (4) están ampliamente atestiguadas en la teoría de la metáfora conceptual. En este sentido, cabe destacar el trabajo de Semino et al. (2017), dedicado específicamente al estudio de estos dos tipos de metáfora en el discurso de profesionales y pacientes de cáncer. Dado que nuestro campo de estudio refiere a un proceso conflictivo (una enfermedad) con un objetivo (la recuperación), la presencia de ambas metáforas no es una sorpresa.

- (3) a. Después de tanto tiempo luchando, luchando, luchando (...)
- b. Debemos proseguir en la lucha contra la discriminación y el estigma social.
- c. Son grandes luchadores, se enfrentan con su enfermedad con las armas que la propia enfermedad les deja.
- d. (...) y eso comporta primero un abordaje bioquímico y farmacológico.
  
- (4) a. Cada vez estoy más cerca de volver a la normalidad.

- b. A mí no me puede frenar una enfermedad, yo tengo que seguir para adelante.
- c. En el origen de la esquizofrenia hay unas vivencias de angustia...
- d. La verdad es que hemos avanzado mucho (...) No es una quimera, pero también es que queda muchísimo.

Tal como indican Semino et al. (2017), las metáforas de guerra generalmente reflejan sentimientos como la vulnerabilidad y la pasividad, reforzando los aspectos negativos de la enfermedad, mientras que las metáforas de viaje tienden a destacar los sentimientos positivos. No obstante, tal como apuntan estos autores, las metáforas de guerra no son por defecto negativas, en tanto que pueden tener usos relacionados con el empoderamiento. Es el caso, por ejemplo, de (3.b) en que se expresa control y agentividad. Asimismo, las metáforas de viaje no son por defecto positivas, ya que se pueden usar para enfatizar la falta de control o los aspectos más difíciles de la situación, como podemos observar en la segunda parte de (4.d).

Ambas son metáforas muy convencionalizadas y por ello no es extraño que las encontremos en todos los grupos analizados. Pero pese a emplear las mismas metáforas, se observan diferencias internas claras entre grupos; para apreciarlas es preciso analizar con más detalle los dominios de origen y destino implicados y sus correspondencias ontológicas.

En la metáfora LA ENFERMEDAD/LA VIDA DEL PACIENTE ES UNA GUERRA detectamos los siguientes subtipos:

A. Metáfora genérica. La lucha es contra un enemigo indeterminado (3.a). El contendiente es el afectado.

B. El enemigo es el estigma o la discriminación social (3.b). El contendiente puede ser el afectado u otro agente implicado en el problema.

C. El enemigo es la enfermedad. El contendiente puede ser el propio afectado (3.c) o el terapeuta (3.d).

(A) es una metáfora muy habitual y convencionalizada en la conceptualización de enfermedades, por ejemplo en el caso del cáncer (Gibbs y Franks, 2002; Semino et al., 2017). De sus expresiones se desprende una concepción del proceso como la lucha individual del enfermo contra un adversario no definido. En nuestro corpus la usan los afectados de los dos tipos (A1 y A23) y los profesionales no terapeutas (PO). En cambio, no la producen los profesionales terapéuticos (PQ y PS). Se encuentran expresiones de (B) en todos los colectivos analizados excepto los afectados de tipo A1 y los psiquiatras (PQ).

(C) es una metáfora usada en exclusiva por los psiquiatras (PQ). Denota una concepción de la enfermedad como un adversario personificado y dissociado del enfermo. Cuando el contendiente es el terapeuta (3.d) se puede conceptualizar como LA MEDICINA ES UNA GUERRA. En cualquier caso, el enemigo es la enfermedad y las correspondencias son mucho más ricas que en los casos de A o B, ya que aparecen armas, escenarios, acciones de batalla, etc.

En la metáfora LA ENFERMEDAD/LA VIDA DEL PACIENTE ES UN VIAJE las diferencias entre colectivos se centran en qué proceso se conceptualiza como viaje, quién es el viajero, y cuál es el destino. Se detectan tres subtipos:

D. El viaje es la vida del afectado y el viajero es el afectado (4.a,b).

E. El viaje es la enfermedad y el viajero es el afectado (4.c).

F. El viaje es el problema en general y el viajero es la sociedad en su conjunto o el colectivo concernido por el problema (4.d).

La metáfora (D) es la más abundante y la emiten todos los colectivos analizados; se trataría del caso no marcado ya que la metaforización de la vida como viaje está sobradamente atestiguada y es omnipresente en el lenguaje. En este caso la vida es, lógicamente, la del afectado, ya que es el tema de qué se habla. Es muy destacable la conceptualización habitual de la normalidad como destino (4.a) y de la enfermedad como obstáculo en el viaje (4.b). La metáfora (E) se da sólo en el colectivo de afectados de tipo A1 y en el de psiquiatras. De (F) se encuentra un solo caso, en psicólogos y psicoanalistas (grupo PS).

En el análisis de esta metáfora, dada la generalidad del subtipo D y la excepcionalidad de F, el hecho más relevante es que psiquiatras y afectados A1 forman un *cluster* –diferenciado de los otros colectivos– que concibe la enfermedad como viaje y el afectado como viajero.

A continuación se analizan metáforas menos convencionalizadas que las dos anteriores que asimismo tienen la enfermedad o la vida del afectado como dominio de destino. De manera consecuente con su menor convencionalización, no se producen en todos los colectivos, por lo que es relevante observar cuáles las utilizan.

La personificación de la enfermedad (5) y su cosificación (6) se producen de manera preponderante en psiquiatras y no se produce en los afectados de tipo A1 pero sí

en los afectados de tipo A23. Sin que se pueda atribuir claramente a la enfermedad carácter de persona o cosa –se puede concebir también como un fenómeno– su concepción como algo que produce miedo se da en dos casos de profesionales PO (7). Otra forma de otorgar rango de entidad a la enfermedad se da en un caso de un psiquiatra que la metaforiza como un agente en un intercambio de bienes (8). Finalmente, LA ENFERMEDAD ES UN LUGAR, una concreción de la muy atestiguada metáfora LOS ESTADOS SON LUGARES, se da únicamente en afectados de tipo A23 (9).

(5) La enfermedad incide de una manera doble, quitando y dejando de ganar.

(6) Llevando la enfermedad con dignidad se va a todos lados.

(7) (...) y la locura supone deconstruir eso, y quizás por eso da tanto miedo, auténtico pánico a los supuestos cuerdos...

(8) [La enfermedad] nos aporta aprender de la relación que tiene el ser humano con el sufrimiento.

(9) Ha sido el sufrimiento lo que me ha llevado a la locura.

En este tipo de metáforas de la enfermedad observamos la tendencia en los psiquiatras de considerarla como una entidad distinta del afectado, incluso en algunos casos como entes con capacidades volitivas. Esta disociación se da también en los afectados de tipo A23, pero no en los de tipo A1.

La disociación también se da en profesionales de tipo PO con la particularidad notable de que la enfermedad *produce miedo*. Este último sentimiento, además, es

extraordinariamente abundante en los afectados de tipo A1, en diferentes expresiones que tienen en común la sensación de miedo: a la enfermedad, a sí mismo, a abrirse a los demás, al futuro, a perder el control. Estos datos sugieren, por ausencia de este tipo de expresiones en los demás colectivos, que la problemática de la enfermedad causa miedo a los afectados de tipo A1 y a los profesionales no relacionados con el tratamiento terapéutico (PO); pero no lo causa a los profesionales terapéuticos (PQ, PS) ni a los afectados de tipo A23.

Finalmente, entre las metáforas no convencionalizadas que utilizan la vida del afectado como dominio de destino destaca LA VIDA ES UNA PRISIÓN, con mayoría de casos en enfermos de tipo A1 y un caso en profesionales de tipo PS (10). Una metáfora con sólo dos ocurrencias es LA VIDA DEL AFECTADO ES UN DIÁLOGO, en la que la enfermedad o sus síntomas se conceptualizan como “una respuesta” (11); el contexto no permite identificar a qué se responde, aunque se puede presuponer que a algún tipo de daño sufrido por el afectado. Ambas ocurrencias corresponden a profesionales terapéuticos, un psiquiatra en un caso y un psicólogo en otro. Otros tipos de metáforas de la vida sólo tienen expresiones únicas en el corpus y no las consideramos relevantes.

(10) Nos hemos dado cuenta que hay unos muros invisibles que no son las tapias del manicomio.

(11) Hay quien considera, yo estoy entre ellos, que son una especie de respuesta, sobre todo los delirios.

De las metáforas no convencionales de la vida del afectado se puede inferir, a partir de los datos obtenidos, que el afectado de tipo A1 la considera (en su situación) como una prisión, mientras los profesionales terapéuticos la conciben como algún tipo de diálogo entre fuerzas contrapuestas.

Para concluir con un análisis global de toda la clase de metáforas que toman como dominio destino la enfermedad o la vida del paciente, podemos destacar las siguientes generalizaciones:

- Para los psiquiatras y los afectados A1 se concibe la enfermedad como un proceso que atañe básicamente al afectado (cf. la metáfora LA VIDA ES UN VIAJE y la ausencia de metáforas de guerra en que el enemigo sea de orden social); a sensu contrario, el resto de profesionales y los afectados de A23 tienen en cuenta la dimensión social de la enfermedad.
- Para los psiquiatras y los afectados A23 la enfermedad se conceptualiza como un ente dissociado del afectado, mientras que los afectados de tipo A1 no parecen distinguirla de sí mismos. De manera congruente, los psiquiatras plantean el problema como una lucha contra la enfermedad, concebida como entidad distinta del afectado (cf. metáforas de la GUERRA).
- Todos los colectivos metaforizan la problemática como una lucha, pero mientras que para los afectados (y profesionales no terapéuticos) se trata de una lucha sin enemigo definido, los profesionales terapéuticos definen el enemigo: o bien la enfermedad o bien el estigma.
- Los afectados A1 tienen sentimientos muy negativos respecto a su vida y la enfermedad: miedo y sensación de hallarse encarcelados. Los afectados de A23 no presentan EMs que muestren estas sensaciones.

Se perfila pues el afectado de tipo A1 como una persona que tiene una conciencia de la enfermedad centrada en sí mismo, que le causa sufrimiento, y ante la que reacciona luchando de manera imprecisa. El psiquiatra comparte con el afectado A1 lo que podríamos denominar *paradigma individual*, ya que tampoco contempla una dimensión social del problema, pero concibe la enfermedad como un ente distinto del paciente, siendo claramente su objetivo el combatirla. Los afectados de tipo A23 también conciben la enfermedad como un ente diferenciado de sí mismos, pero tienen conciencia de la dimensión social del problema, y no expresan sobre la enfermedad sentimientos negativos como miedo u opresión.

Finalmente, pero no menos importante, la constatación del uso habitual por los afectados de metáforas conceptuales desmiente la asunción extendida de que este colectivo presenta déficits en el procesamiento metafórico; como mínimo no los presenta en la producción de las metáforas más convencionalizadas, las cuales utiliza de manera similar al resto de los grupos estudiados. Este hecho se verá confirmado en el análisis de las clases siguientes.

## **Clase 2: Metáforas de la mente, el pensamiento y las emociones.**

Se han agrupado en esta categoría todas las expresiones metafóricas en que se expresa algún aspecto de la experiencia mental. Se aprecia que el grupo de psiquiatras es con mucho el que produce más expresiones de este tipo —el 50% de la clase—. Pero además se aprecian notables diferencias en cuanto al tipo de MCs que emplean.

Los psiquiatras usan en exclusiva la metáfora convencional de personificación de las emociones (12a,b), diversas expresiones creativas de las metáforas



convencionales UNA EXPERIENCIA MENTAL ES UNA EXPERIENCIA FÍSICA (13) y UNA EXPERIENCIA MENTAL ES UNA ESTRUCTURA (14), y metáforas claramente creativas como LA ACTIVIDAD MENTAL ES UN ELEMENTO QUÍMICO (15).

- (12) a. Jo tinc companys que estan destrossats (...) no pots enfrentar-te amb el patiment de trenta persones diferents...<sup>6</sup> [Tengo compañeros que están destrozados (...) no puedes enfrentarte con el sufrimiento de treinta personas distintas].
- b. (...) si lo sacas de ti tienes más facilidad para tener menos miedo de él, lo tienes fuera, lo ves más claro, parece como que pudieras enfrentarte mejor a él.
- (13) (...) tienes un mensaje retroactivo que alimenta tu bienestar...
- (14) (...) esa situación de extrañeza que vive la persona hace que realmente intente recomponer su manera de entender el mundo (...) el delirio, (...) es una reconstrucción de una situación no vivible.
- (15) La vida interior es el radical básico de la naturaleza humana.

En cambio, la tipología de metáforas de la mente producidas por los afectados no es idiosincrática, como en los psiquiatras, sino común a la de los profesionales de la

---

<sup>6</sup> La expresión original es en catalán.

salud mental, y se trata de metáforas muy convencionalizadas: LA MENTE ES UNA MÁQUINA (16) y EL YO ES UN CONTENEDOR (17).

(16) Yo ya notaba algo de mi cabeza, de mi cerebro, que no funcionaba bien.

(17) Se me metió eso en la cabeza.

Sin embargo, como excepción muy destacable, se advierte el uso exclusivo por los afectados de tipo A1 de la metáfora UNA EXPERIENCIA MENTAL ES UN MUNDO (18).

(18) Vives en un mundo que en realidad no es tu mundo, es un mundo imaginario.

Las realizaciones de esta metáfora coinciden, además, en señalar la existencia de más de un mundo en la mente del afectado. Ningún otro colectivo se expresa en estos términos, ni los profesionales ni los afectados de tipo A23. Ello sugiere que los afectados de tipo A1 se conciben como una entidad única que incluye sus vivencias, aunque están dissociadas en su interior; mientras que el uso de metáforas como (12) indicaría que, por lo contrario, los psiquiatras conceptualizan las experiencias mentales del afectado como entidades dissociadas del mismo, incluso con vida propia, siguiendo la tendencia observada en la Clase 1 para la enfermedad.

La utilización exclusiva por parte de los psiquiatras de expresiones metafóricas creativas como las de (13), (14) y (15) es congruente con la naturaleza de su profesión

ya que revela un pensamiento complejo sobre las cuestiones de la mente y habituado a tratar sus manifestaciones como objeto de estudio.

### **Clase 3: Metáforas del afectado.**

Todos los colectivos analizados emiten expresiones metafóricas relativas a la persona del afectado aunque ninguna es compartida por todos ellos. Los afectados A1 y los psiquiatras son los que las expresan en mayor número, tanto en términos absolutos como relativos a su tiempo de habla en los documentales; destaca también el muy escaso número de expresiones sobre sí mismos del colectivo de afectados A23.

Psiquiatras y afectados A1 emiten varias expresiones de la metáfora EL AFECTADO ES UNA COSA, específicamente un objeto que pesa y debe ser sostenido (19a,b); esta metáfora no se encuentra en los otros colectivos. Ambos colectivos emiten también expresiones de *yo dividido o bifurcado* (Lakoff y Johnson, 1999, p. 269 ss.), en las que se conceptualiza la existencia de dos personas dentro del afectado (20a,b). De hecho esta metáfora es congruente con la propia etimología de esquizofrenia: “escisión del alma o la mente”. También se da una ocurrencia en afectados de tipo A23.

(19) a. (...) que después ese paciente sea una carga para su familia...

b. La familia me ha aguantado muchísimo.

(20) a. Es lo que nos enfrenta con nosotros mismos.

b. Yo no me veo, si te digo la verdad (...) no me gusta verme porque no me gusta lo que veo, me doy miedo verme a mí misma.

La utilización de la primera de las metáforas, pese a su convencionalización, revela una concentración del problema en la persona del afectado; nótese además que la concepción es minusvalorizante y, sobre todo, lo llamativo de que los propios pacientes A1 la asuman. Refuerza la idea de la confluencia de psiquiatras y afectados A1 en el que hemos denominado *paradigma individual*.

La coincidencia de psiquiatras y afectados A1 en la utilización de la metáfora de *yo dividido* refuerza la similitud entre ambos colectivos. A su vez, desmiente la apreciación que hicimos en la clase anterior de la ausencia de la conciencia de división interior en colectivos distintos de A1, puesto que se da también ocasionalmente en afectados A23 y notablemente en psiquiatras.

En definitiva, el análisis de esta clase, junto a los datos que se han obtenido en las dos anteriores, sugiere una gradación dentro del *paradigma individual*, en que en un extremo tendríamos los afectados de tipo A1, que presentan las siguientes características: 1) entienden el trastorno mental como algo que atañe exclusivamente al afectado, obviando la dimensión social del problema; 2) experimentan una división interior, esto es, una convivencia de diferentes mundos o sujetos que conviven en un mismo individuo; 3) se conciben como entidades individuales indisociables de la enfermedad y de sus vivencias mentales. Los rasgos 1) y 2) son compartidos por los psiquiatras, hecho que también los sitúa claramente en el paradigma individual, aunque no compartan la tercera característica: entienden la enfermedad y las vivencias mentales como entidades disociables del afectado. Finalmente, como clase marginal del paradigma, encontraríamos los afectados de tipo A23, que sólo comparten de manera ocasional el rasgo 2).

#### **Clase 4: Metáforas de la medicina.**

Es ésta una clase con pocos ejemplos y tan sólo la hallamos representada en los psiquiatras, con la excepción de un afectado A23 con una metáfora creativa que asimila la medicación a un ladrón (21). Con esta excepción, sólo los psiquiatras usan metáforas sobre la profesión médica, asimilándola a una máquina, un viaje o una religión o secta (22).

(21) Con eso se pierde algo muy bonito como es la imaginación (...) es lo que te roban todas las drogas que te dan, que son de todo menos festivas.

(22) Si no existieran los psicofármacos sería un absoluto desastre, la psiquiatría volvería a las catacumbas.

No es nada extraño que los psiquiatras metaforicen su profesión, pero sí que no lo hagan psicólogos y psicoanalistas, ni los afectados. Sugiere que los afectados no piensan en la psiquiatría como profesión, y por tanto tampoco en los psiquiatras como profesionales que, al fin y al cabo, ocupan un espacio central en el tratamiento institucional de sus problemas mentales. En cualquier caso, esta clase de metáforas denota una visión más fría de la problemática por parte de los psiquiatras que la de cualquier otro colectivo, con disociación entre la persona afectada, la enfermedad y la práctica médica.

#### **Clase 5: Metáforas de la sociedad.**

Se trata de una clase con un volumen medio de expresiones metafóricas, en la que los distintos colectivos metaforizan la sociedad en distintos términos: personificándola (23),

concibiéndola como un espacio cerrado (24), una máquina, una fuerza o una estructura (25).

(23) La sociedad o el sistema busca culpar de alguna manera.

(24) El gruix de la gent (...) estan blindats davant d'aquesta realitat<sup>7</sup> [La mayoría de la gente (...) están blindados ante esta realidad].

(25) (...) puede ser también que sea debido a una desorganización social general.

Se trata en general de metáforas notablemente convencionales, pero lo que llama la atención es que las utilizan todos los colectivos excepto los afectados A1, y que el colectivo que más las utiliza es el de los afectados A23. Ello sugiere una diferenciación clara entre ambos colectivos: atención a los aspectos sociales por parte de los embarcados en programas de socialización (A23) y falta de conciencia de la dimensión social del problema por parte de los internados (A1).<sup>8</sup>

---

<sup>7</sup> La expresión original es en catalán.

<sup>8</sup> Es posible que las personas afectadas que aparecen en el segundo y tercer documental, y no sólo las del primero, hayan estado ingresadas hospitalariamente en algún momento de su vida, probablemente en períodos cortos a causa de episodios agudos. En cualquier caso, es patente que dichos afectados, en el momento de las entrevistas, se encuentran activos en proyectos o programas de rehabilitación social, lo que según los resultados de nuestro estudio se refleja en su discurso.

### **Clase 6: Metáforas de la comunicación.**

De esta clase poco numerosa, centrada básicamente en la metáfora convencional COMUNICACIÓN ES PROXIMIDAD FÍSICA (26), destaca su ausencia en los colectivos de afectados, repartiéndose las expresiones de manera homogénea entre los de profesionales. Ello sugiere que los afectados no toman muy en cuenta su relación con su entorno –lo que choca en el caso de los afectados A23, puesto que están inmersos en procesos terapéuticos comunicativos–, mientras que para los profesionales la relación entre el afectado y su entorno es un factor a valorar.

(26) Se quedan apartados, aislados.

### **Clase 7: Metáforas de control y equilibrio.**

Se trata de un grupo notable de expresiones ancladas en los esquemas de imagen de equilibrio (27) y de control (28). Las metáforas de equilibrio se relacionan con la metáfora orientacional LO BUENO ESTÁ ARRIBA, LO MALO ESTÁ ABAJO (cf. Clase 8), puesto que la pérdida del equilibrio causa la *caída* hacia una situación negativa. Las expresiones metafóricas relacionadas con el control lo metaforizan como la posesión física de un objeto o entidad, de manera que su pérdida es negativa.

(27) a. No había caído enfermo.

b. Se rompe mi equilibrio psíquico.

(28) a. Uno pierde el control de sí mismo.

b. (...) acabas perdiendo los papeles, acabas perdiendo el juicio.

En términos cuantitativos destaca nuevamente la preponderancia de estas metáforas en el colectivo de psiquiatras pero quizá es más destacable la diferencia de uso de cada una de ellas entre los afectados: los afectados A23 no emiten expresiones de control y sí muchas de equilibrio, mientras que en los afectados A1 la situación es prácticamente la contraria: una sola expresión de equilibrio frente a varias de control. Ello sugiere una mayor atención de los afectados A23 hacia la estabilidad personal, y una mayor preocupación de los afectados A1 por el control de sí mismo o sus facultades. Ambos focos de atención están compartidos por los psiquiatras en un volumen similar.

#### **Clase 8: Metáforas orientacionales.**

Componen esta clase un número reducido de expresiones de la metáfora convencional LO BUENO ESTÁ ARRIBA, LO MALO ESTÁ ABAJO (29), distribuida entre todos los colectivos excepto PO, destacando su mayor presencia en los psiquiatras y los afectados A1. También parece relevante el hecho que las expresiones se centran en el lado negativo de la metáfora (LO MALO ESTÁ ABAJO), denotando valoraciones negativas; por ello, entre los afectados, su mayor presencia absoluta y relativa en A1 frente a A23 denotaría una visión más negativa de su situación por parte del primer colectivo.

(29) a. Yo no podría quedarme en casa, porque yo creo que me hundiría.



b. (...) por la baja autoestima. Yo en ese momento estaba muy bajo de autoestima.

## **7. Conclusiones**

En este artículo hemos presentado un análisis del lenguaje de los afectados de esquizofrenia, así como de los profesionales que los tratan, desde la perspectiva de la Teoría de la Metáfora Conceptual. De manera más específica, hemos analizado las metáforas conceptuales que se producen en un corpus audiovisual compuesto por intervenciones en primera persona de afectados y profesionales, con el objetivo de obtener nuevos datos sobre la manera en que estos dos colectivos conceptualizan el trastorno mental.

En términos generales, hemos podido comprobar que, si bien los profesionales que trabajan en el ámbito de la salud mental producen más casos de metáfora conceptual que los afectados, encontramos metáforas compartidas por todos los colectivos, especialmente metáforas que tienen como domino meta la enfermedad o la vida del afectado, la mente y las emociones. Así, nuestro trabajo pone de manifiesto que las personas con esquizofrenia objeto de estudio no presentan problemas en la elicitación espontánea de metáforas, especialmente en relación a las metáforas convencionales. De esta manera, se pone en entredicho la asunción de que los afectados de esquizofrenia tienen dificultades en el procesamiento de metáforas, como han subrayado diversos trabajos.

En cuanto a los resultados de nuestro análisis cualitativo, de entrada es importante destacar que se puede establecer una diferencia entre los dos grandes colectivos implicados, profesionales y afectados: solo los profesionales presentan casos

de metáforas de la comunicación, un tipo de metáfora conceptual que está ausente en el discurso de los afectados. Por lo tanto, este rasgo nos permite establecer un corte entre los dos grandes grupos objeto de estudio y comparación. No obstante, los resultados más interesantes los encontramos en las diferencias intragrupalas.

En relación a los afectados, hemos detectado tres diferencias clave entre subtipos de afectados. En primer lugar, es importante mencionar que solo los afectados A1 presentan expresiones relacionadas con el miedo a la enfermedad, un tipo de expresiones que no se dan en los afectados que siguen programas de socialización, los A23. En segundo lugar, y de manera relacionada, los afectados A1 no muestran casos de metáforas de la sociedad, mientras que A23 es el colectivo que presenta más casos de este tipo de metáfora conceptual en todo el corpus, lo que pone claramente de manifiesto su conciencia de la dimensión social del trastorno. Finalmente, hemos identificado una diferencia entre subtipos de afectados en relación a la clase de metáforas de control y equilibrio: los afectados A23 no emiten expresiones de control y sí muchas de equilibrio, mientras que en los afectados A1 la situación es la contraria.

En cuanto a los profesionales, en primer lugar cabe destacar que se puede establecer una gran distinción entre psiquiatras y el resto de subgrupos de profesionales (psicólogos y psicoanalistas, y *otros profesionales*). En concreto, es especialmente relevante el hecho de que los psiquiatras son los únicos profesionales que presentan metáforas del afectado, mostrando una focalización en el individuo, y no en la sociedad, una característica que los acerca claramente a los afectados A1. De hecho, a lo largo del artículo hemos podido comprobar que psiquiatras y afectados del grupo A1 comparten varios rasgos que los sitúan en el que denominamos *paradigma individual* de interpretación de la enfermedad. De manera más específica, las metáforas conceptuales

que producen estos dos subgrupos sugieren que entienden el trastorno mental como algo que atañe exclusivamente al afectado, con una clara tendencia a obviar la dimensión social del problema; a su vez, estos dos subgrupos confluyen en presentar varias expresiones de *yo dividido o bifurcado*, en las que se conceptualiza una convivencia de diferentes mundos o sujetos que conviven en un mismo individuo.

No obstante, también hemos detectado una clara diferencia entre afectados A1 y psiquiatras: los afectados A1 se conciben a sí mismos como individuos indisociables de sus vivencias mentales y de la enfermedad, mientras que los psiquiatras las conceptualizan como entidades disociables del afectado, siendo la enfermedad abordable por separado. Este rasgo acerca a psiquiatras y afectados A23, en tanto que este último subgrupo de afectados también tiende a cosificar y personificar la enfermedad, lo que nos ha llevado a hablar de una gradación dentro del paradigma individual. En este sentido, también es importante mencionar que los psiquiatras presentan rasgos idiosincráticos, entre los que destacan el hecho de ser el único grupo que presenta casos de metáforas de la medicina.

En definitiva, en este trabajo se presenta una nueva aproximación al análisis del discurso sobre la esquizofrenia desde la perspectiva de la Teoría de la Metáfora Conceptual, ofreciendo nuevos datos lingüísticos e hipótesis sobre la manera en que afectados y profesionales conceptualizan la enfermedad, lo que puede aportar beneficios en el proceso de tratamiento y recuperación de los afectados por este tipo de trastorno mental severo. En trabajos futuros, nos planteamos ampliar y complementar esta aproximación con nuevos análisis a partir de corpus de entrevistas y escritos de testimonios en primera persona de ambos colectivos.

## Referencias

- Boylstein, C., Rittamn, M., Hinojosa, R. (2007). Metaphor shifts in stroke recovery. *Health Communication*, 21(3), 279–287.
- Bruce, M., y Bodenstein, L. (2005). Proverb comprehension reconsidered: ‘theory of mind’ and the pragmatic use of language in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 75, 233-239.
- Climent, S., y Coll-Florit, M. (2017). La metáfora conceptual en el discurso psiquiátrico sobre la esquizofrenia. *Ibérica: Revista de la Asociación Europea de Lenguas para Fines Específicos*, 34, 187-208.
- Coll-Florit, M., Climent, S., Correa-Urquiza, M., Hernández, E., Oliver, A., Pié, A. (2018). MOMENT: Metáforas del trastorno mental grave. Análisis del discurso de personas afectadas y profesionales de la salud mental. *Procesamiento del Lenguaje Natural*, 61, 139-142.
- Cuenca, M.J., y Hilferty, J. (1999). *Introducción a la lingüística cognitiva*. Barcelona: Ariel.
- de Bonis, M., Epelbaum, C., Deffez, V., y Feline, A. (1997). The comprehension of metaphors in schizophrenia. *Psychopathology*, 30, 149-154.
- Evans, V., y Green, M. (2006). *Cognitive Linguistics. An Introduction*. Edinburgh: Edinburgh Univesity Press.
- Gavilán, J.M., y García-Albea, J. E. (2011). Theory of mind and language comprehension in schizophrenia: poor mindreading affects figurative language comprehension beyond language deficits. *Journal of Neurolinguistics*, 14, 54-69.

- Gentner D., Bowdle, B.F., Wolff, P, y Boronat C. (2001). Metaphor is like analogy. En D. Gentner, K.J. Holyoak y B. N. Kokinov (Eds.), *The analogical mind: Perspective from cognitive science* (pp. 199-253). Cambridge MA: MIT Press.
- Gentner, D., y Gentner, D. R. (1983). Flowing waters or teeming crowds: Mental models of electricity. En D. Gentner y L. Stevens (Eds.), *Mental Models* (pp. 99-129). Hillsdale NJ: Erlbaum.
- Gibbs, R. (1994). *The Poetics of Mind. Figurative Thought, Language and understanding*. New York: Cambridge University Press.
- Gibbs, R., y Franks, H. (2002). Embodied metaphors in women's narratives about their experiences with cancer. *Health Communication*, 14, 139–165.
- Giddens, A. (2006). *Sociología*. Madrid: Alianza.
- Goering, E.M. (2015). Metaphors as mirrors into what it means to be diabetic. En M. Antón y E.M. Goering (Eds.), *Understanding Patients' Voices. A multi-method approach to health discourse* (pp. 71-86). Amsterdam/Philadelphia: John Benjamins.
- Goldberg, T.E., Aloia, M.A., Gourovitch, M., Missar, D., Pickar, D., Weinberger, D. (1998). Cognitive substrats of thought disorder 1: The semantic system. *American Journal of Psychiatry*, 155, 1671-1675.
- Herold, R., Tényi, T., Lénárd, K., Trixler, M. (2002). Theory of mind deficit in people with schizophrenia during remission. *Psychological Medicine*, 32, 1125-1129.
- Hofstadter, D. R. (2001). Analogy as the Core of Cognition. En D. Gentner, K. Holyoak y B. Kokinov (Eds.), *The Analogical Mind: Perspectives from Cognitive Science* (pp.499-538). Cambridge, MA: The MIT Press.

- Iakimova, G., Passerieux, C., Laurent, J. P., Hardy-Bayle, M. C. (2005). ERPs of metaphoric, literal, and incongruous semantic processing in schizophrenia. *Psychophysiology*, 42, 380-390.
- Johnson, M. (1987). *The body in mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kasanin, J. S. (1944) (Ed.). *Language and Thought in Schizophrenia*. Berkeley: University of California Press.
- Kircher, T.T., Leube, D.T., Erb, M., Grodd, W., Rapp, A.M. (2007). Neural correlates of metaphor processing in schizophrenia. *Neuroimage*, 34, 281-289.
- Kövecses, Z. (2002). *Metaphor. A Practical Introduction*. New York: Oxford University Press.
- Kövecses, Z. (2005). *Metaphor in Culture: Universality and Variation*. Cambridge, New York: Cambridge University Press.
- Lakoff, G. (1987). *Women, Fire, and Dangerous Things: What Categories Reveal About the Mind*. Chicago: University of Chicago Press.
- Lakoff, G. (1991). Metaphor and war: the metaphor system used to justify war in the gulf. *Peace Research*, 23 (2/3), 25-32.
- Lakoff, G. (1993). The contemporary theory of metaphor. En A. Ortony (Ed.), *Metaphor in thought* (pp. 202-251). New York: Cambridge University Press.
- Lakoff, G. (2004). *Don't think of an elephant! Know your values and frame the debate: the essential guide for progressives*. Chelsea Green Publishing. (Trad. esp. *No pienses en un elefante. Lenguaje y debate político*. Madrid: Editorial Complutense, 2007).
- Lakoff, G., y Johnson, M. (1980). *Metaphors We Live By*. Chicago: University of Chicago Press.

- Lakoff, G., y Johnson, M. (1999). *Philosophy in the flesh*. New York: Basic Books.
- Lakoff, G., y Turner, M. (1989). *More Than Cool Reason: A Field Guide to Poetic Metaphor*. Chicago: University of Chicago Press.
- Langdon, R., Colheart, M., Ward, P.B., y Catts, S.V. (2002). Disturbed communication in schizophrenia: the role of poor pragmatics and poor theory-of-mind. *Psychological Medicine*, 32 (7), 1273-1284.
- Langdon, R., y Colheart, M. (2004). Recognition of metaphor and irony in young adults: the impact of schizotypal personality traits. *Psychiatry Research*, 125, 9-20.
- Maschal, N., Faust, M., Hendler, T., Jung-Beeman, M. (2007). An fMRI investigation of the neural correlates underlying the processing of novel metaphoric expressions. *Brain and Language*, 100, 115-126.
- Mo, S., Su, Y., Chan, R.C., Liu, J. (2008). Comprehension of metaphor and irony in schizophrenia during remission: the role of theory of mind and IQ. *Psychiatry Research*, 157, 21-29.
- Mossaheb, N., Aschauer, H.N., Stottner, S., Schmoeger, M., Pils, N., Raab, M., Willinger, U. (2014). Comprehension of metaphors in patients with schizophrenia-spectrum disorders. *Comprehension Psychiatry*, 55, 928-937.
- Mould, T. J., Oades, L.G., Crowe, T.P. (2010). The use of metaphor for understanding and managing psychotic experiences: A systematic review. *Journal of Mental Health*, 19(3), 282-293.
- Moya, J. (1990). Análisis formal del discurso esquizofrénico: Problemas metodológicos. *Anuario de Psicología*, 47, 117-144.

- Pragglejaz Group (2007). MIP: A Method for Identifying Metaphorically Used Words in Discourse. *Metaphor and Symbol*, 22(1),1-39.
- Salavera, C., y Puyuelo, M. (2010). Aspectos semánticos y pragmáticos en personas con esquizofrènia. *Logopedia, foniatría y audiología*, 30(2), 84-93.
- Schoeneman, T.J., Schoeneman, K.A., Stallings, S. (2004). “The black struggle”: Metaphors of depression in Styron’s darkness visible. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 23(3), 325–346.
- Semino E., Demjén Z., Demmen J., Koller V., Payne S., Hardie A., Rayson P. (2017). The online use of Violence and Journey metaphors by patients with cancer, as compared with health professionals: a mixed methods study. *BMJ Supportive & Palliative Care*, 7(1), 60-66.
- Soriano, C. (2012). La metáfora conceptual. En I. Ibarretxe-Antuñano y J. Valenzuela (Eds.), *Lingüística cognitiva* (pp. 97-120). Barcelona: Anthropos.
- Steen, G. (1999). From linguistic to conceptual metaphor in five steps. En R. Gibbs y G. Steen (Eds.), *Metaphor in cognitive linguistics* (pp. 55–77). Amsterdam: John Benjamins.
- Steen G. (2007). Finding Metaphor in Discourse: Pragglejaz and Beyond. *Cultura, Lenguaje y Representación / Culture, Language and Representation (CLR)*, 5, 9-26
- Tay, D. (2013). *Metaphor in psychotherapy: a descriptive and prescriptive analysis*. Amsterdam: John Benjamins.
- Zeev-Wolf, M., Faust, M., Levkovitz, Y., Harpaz, Y., Goldstein, A. (2015). Magnetoencephalographic evidence of early right hemisphere overactivation



during metaphor comprehension in schizophrenia. *Psychophysiology*, 52, 770-781.

## **Apéndice**

Datos técnicos y descripción de los documentales analizados.

- 1) Título: *1% esquizofrenia* (2006). Dirección: Ioné Hernandez. Producción. Julio Médem. 72 minutos.

Descripción: Documental en que se invita a diferentes afectados, profesionales y algún familiar a hablar de la esquizofrenia. Se aborda principalmente la temática del tratamiento, las causas y el diagnóstico de la enfermedad. En este documental predomina el enfoque biomédico del trastorno, con una gran presencia de psiquiatras y pacientes que han estado ingresados en centros psiquiátricos.

- 2) Título: *El revés del tapiz de la locura* (2008). Realización: Adriana Leira, Viviana García Besné, Elena Martín, Uribarri Alberdi y Zusanna Wejman. Producción: Zabul Films. 56 minutos.

Descripción: El documental plasma el día a día de un colectivo de personas diagnosticadas con un trastorno mental severo que llevan a cabo un programa de radio (Radio Nikosia, Barcelona). En este caso, son los propios afectados los que entrevistan a los profesionales de la salud mental, haciendo un intercambio de papeles. El enfoque del documental es claramente más social que el anterior: se pone a debate el tratamiento farmacológico y se reflexiona sobre los factores sociales y culturales de la enfermedad.

- 3) Título: *Sueño igual que tu* (2012). Dirección: Alberto del Pozo i Daniel Strömbeck. Producción: Producciones Cibeles. 41 minutos.

Descripción: Documental impulsado por la Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad Mental (FAISEM). A partir del testimonio y la experiencia en primera persona, el documental muestra en qué consiste un proceso de recuperación social de personas afectadas por una problemática derivada de enfermedad mental, intentando desmontar falsos estereotipos y falsas creencias sobre las enfermedades mentales.

### **Abstract**

In this paper we carry out a study of the conceptual metaphors used by people diagnosed with schizophrenia and by mental health professionals when talking about such a disorder. This research has enabled us to identify and compare consistent subgroups of patients and professionals in our corpus and to construe their underlying models of conceptualization of the illness. The corpus consists of three documentaries collecting first-person accounts. Metaphorical expressions have been collected and classified both quantitatively and qualitatively thus allowing to infer the participants' ideas and beliefs. The theoretical framework adopted is that of Conceptual Metaphor Theory, which is widely established in Cognitive Linguistics. The findings show main patterns of conceptualization of schizophrenia by people affected and participating in a social rehabilitation program, by people affected and not participating in such programs, by psychiatrists, and by other professionals related to mental health. Similarities and differences between these groups are shown.

**Keywords:** Conceptual Metaphor; Cognitive Linguistics; Schizophrenia; Severe Mental Disorder; Discourse Analysis.

*Dirección de los autores*

Marta Coll-Florit

Estudios de Artes y Humanidades

Universitat Oberta de Catalunya

Av. Tibidabo, 39-43

08035 Barcelona

España

mcollfl@uoc.edu

Xavier Miranda

Departamento de Geografía y Sociología

Universitat de Lleida

Plaça Víctor Siurana, 1

25003 Lleida

España

xmiranda@geosoc.udl.cat

Salvador Climent

Estudios de Artes y Humanidades

Universitat Oberta de Catalunya

Av. Tibidabo, 39-43

08035 Barcelona

España

scliment@uoc.edu